

# Vólvulo gástrico intratorácico secundario a hernia diafragmática izquierda crónica postraumática.

Giovanni Ospino-Saumett, Patricia Martínez- Barbosa, Raúl Valverde- Robert

### Resumen

En el 5% de los pacientes con trauma toracoabdominal severo ocurre la ruptura diafragmática, y en el 45 a 60% de estos se presenta la hernia de las vísceras abdominales al tórax. El órgano más frecuentemente herniado es el estómago<sup>2</sup>. El vólvulo gástrico intratorácico total es poco común en la hernia diafragmática traumática; allí sufre una torsión órganoaxial que lo predispone a estrangulación y necrosis. Puede presentarse como una emergencia quirúrgica, aunque los crónicos, manifiestan síntomas inespecíficos que podrían ser tratados electivamente<sup>5</sup>.

Las hernias diafragmáticas traumáticas siempre son un desafío diagnóstico para el cirujano. En general son causadas por trauma abdominal cerrado y con menos frecuencia, por trauma torácico cerrado. La ruptura se localiza, en el 90% de los casos, en el lado izquierdo; probablemente debido al efecto amortiguador del hígado en el lado derecho. La ruptura diafragmática en el trauma agudo no es diagnosticada en el 40% de los casos; pues su curso asintomático produce síntomas menores inespecíficos que aparecen horas o días después del trauma. Si esta ruptura no es reconocida, entonces ocurre un periodo de latencia que puede oscilar entre horas y muchos años, hasta que ocurre un prolapso significativo de un órgano abdominal hacia la cavidad torácica, causando ese desplazamiento una variedad de síntomas. Después del diagnóstico de hernia diafragmática traumática, hay indicación urgente y absoluta de terapia quirúrgica<sup>1,6</sup>.

Se presenta el caso de un paciente masculino de 24 años de edad, con antecedente de trauma toracoabdominal, con vólvulo gástrico intratorácico, y que fue manejado exitosamente.

**Descriptores:** hernia diafragmática crónica traumática, vólvulo gástrico, diagnóstico, tratamiento quirúrgico.

**Recibido:** 31 de marzo de 2004

**Aceptado:** 5 de octubre de 2004

El vólvulo gástrico intratorácico es una complicación poco común de la hernia hiatal, en la cual el estómago sufre una torsión órganoaxial, disponiéndose a estrangulación y necrosis<sup>1,2</sup>. Esto puede ocurrir como una emergencia quirúrgica, pero en algunos pacientes se presenta de manera crónica o, a veces, con síntomas inespecíficos y puede ser tratado de manera electiva. Las hernias diafragmáticas traumáticas generalmente son causadas por trauma cerrado de abdomen y con menos frecuencia, por trauma torácico cerrado. Se localizan en un 90% de los casos en el lado izquierdo, probablemente por el efecto amortiguador que ejerce el hígado en el lado derecho. La ruptura diafragmática no es diagnosticada en el 40% de los casos en el período postraumático agudo, debido a que esta puede cursar asintomática o con síntomas leves no específicos, que aparecen horas o días después del incidente<sup>1,3</sup>. Si la ruptura no es reconocida en el período postraumático agudo, puede pasar inadvertida por años, hasta que se desarrolle un prolapso significativo de los órganos intraabdominales al tórax, produciendo esto síntomas importantes, debido al desplazamiento<sup>1,3</sup>. Después del diagnóstico, las hernias diafragmáticas traumáticas son indicación absoluta y urgente de tratamiento quirúrgico, sea vía laparotomía o

Servicio de Cirugía General y  
Cirugía de tórax. Hospital Dr.  
R.A. Calderón Guardia.

**Correspondencia:**  
Giovanni Ospino Saumett  
Correo electrónico:  
giospinos@yahoo.es.

ISSN 0001-6002/2005/47/2/94-96  
Acta Médica Costarricense, ©2005  
Colegio de Médicos y Cirujanos

toracotomía<sup>45</sup>. Se reporta el caso de un paciente al cual se le hizo el diagnóstico de hernia diafragmática crónica post-traumática, complicada con vólvulo gástrico intratorácico, el cual recibió tratamiento quirúrgico y seguimiento en el Hospital Dr. R. A. Calderón Guardia.

### Caso clínico:

Paciente masculino de 24 años de edad, con antecedente clínico de cólico renoureteral izquierdo en varias ocasiones, sin historia importante de trauma, excepto 2 años antes, cuando practicando esquí de nieve, sufrió múltiples caídas, ninguna de las cuales le causó mayores molestias. El resto de los antecedentes eran negativos. Consultó al Servicio de Emergencias del Hospital Dr. R. A. Calderón Guardia, por un cuadro de una semana de evolución de dolor toracoabdominal y lumbar izquierdo, con irradiación al flanco de ese mismo lado, asociado a náuseas y vómitos postprandiales, los cuales se autoprovocada, debido a sensación de plenitud en la región toracoabdominal, después de ingerir alimentos. Al inicio, el dolor cedía con antiespasmódicos y analgésicos automedicados.

Por su antecedente de cólico renoureteral, se trató inicialmente con antiespasmódicos, con alivio parcial, pero con aumento de los vómitos, de modo que se iniciaron hidratación, estudios de laboratorio y de gabinete.

Al examen físico, los signos vitales estaban estables; la mucosa oral, semiseca; tenía facie álgica y se encontraba aprehensivo; los campos pulmonares tenían leve hipoventilación izquierda, dolor de leve a moderado a la palpación en el hipocondrio izquierdo y a la percusión de la región toracoabdominal lumbar izquierda. El resto, sin datos patológicos. Los exámenes de laboratorio revelaron leucocitosis moderada con desviación a la izquierda sin bandemia; los electrolitos y la función renal estaban normales.

La radiografía de abdomen no mostró alteraciones y la radiografía de tórax (Figura 1) evidenció un nivel hidroaéreo que abarcaba más de la mitad del hemitórax izquierdo, y desplazaba el mediastino hacia la derecha.

En el tránsito esofágico con medio hidrosoluble (Figura 2), el medio se detuvo en el esófago distal, sin llegar a entrar al estómago, terminando este en "pico".

Se intentó pasar una sonda nasogástrica y realizar un tránsito esófago-gástrico, pero no fue posible, con todo esto y en vista de los hallazgos radiológicos, se decidió intervenir al paciente.

A través de una toracotomía posterolateral izquierda, se encontró una hernia diafragmática izquierda gigante, con un vólvulo gástrico y gran distensión por aire y líquido, además de cambios isquémicos en su pared que fueron reversibles. Se realizó una gastrostomía descompresiva drenando 1500 cc de líquido color café, permitiendo la

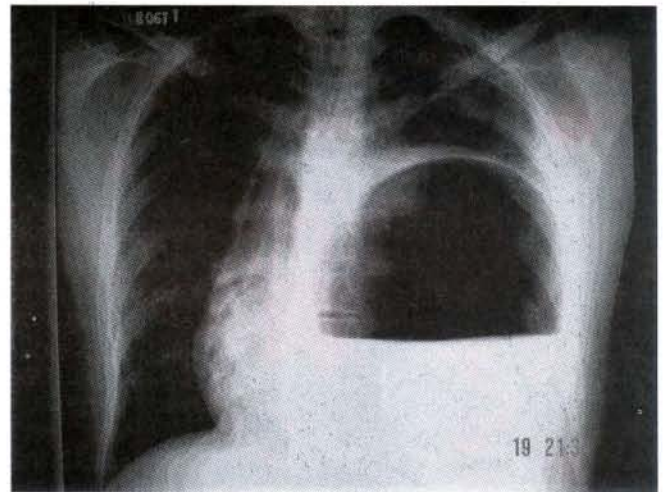


Figura 1. Radiografía PA Tórax. Obsérvese nivel hidroaéreo y desplazamiento mediastínico en hemitórax izquierdo.

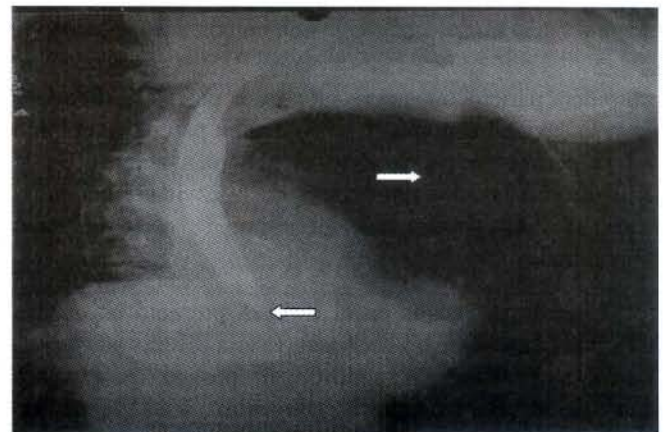


Figura 2. Tránsito esofágico. Vista lateral. Nótese con las Flechas la terminación en punta del esófago y la burbuja gástrica en cavidad torácica.

reducción de la hernia, la valoración de la vitalidad de los órganos herniados y la liberación de adherencias.

Se encontraron, además, el colon, el bazo y el epiplón mayor, dentro de la cavidad pleural y atelectasia del lóbulo inferior del pulmón izquierdo (Figura 3).

El anillo herniario era amplio de bordes irregulares de aproximadamente 10cm. de diámetro. Se cerró la gastrostomía, se liberaron las adherencias y se redujeron los órganos abdominales intratorácicos a la cavidad abdominal, y luego se cerró el defecto diafragmático y el tórax.

El paciente se trasladó a la Unidad de Cuidados Intensivos, donde evolucionó torpidamente. Al cuarto día postoperatorio se le realizó un ultrasonido abdominal que mostró la presencia de líquido grumoso en el hemiabdomen derecho; se agregaba leucocitosis marcada y dificultad respiratoria, por lo que fue laparotomizado, encontrándose una úlcera pilórica perforada, un absceso subhepático en la

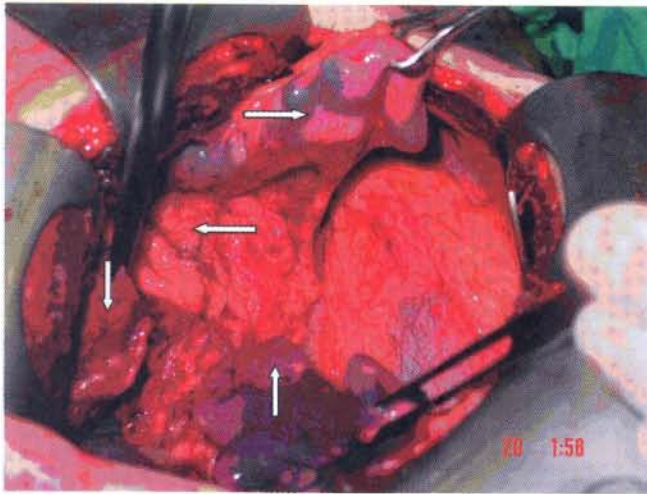


Figura 3. Órganos abdominales intratorácicos. Flecha hacia la der. Colon transverso y ángulo esplénico. Flecha hacia la izq. Epiplón mayor y ligamento gastrocólico. Flecha hacia arriba: Pulmón colapsado. Flecha hacia abajo: Estómago con cambios isquémicos.

corredera parietocólica derecha y en la pelvis; se drenó, se lavó la cavidad abdominal, se colocó un parche de epiplón en la perforación, y se dejó el abdomen abierto. Se le realizaron 3 lavados quirúrgicos de la cavidad abdominal cada 48 horas, y después del último se cerró la pared abdominal.

Durante su estadía en la Unidad, presentó un cuadro de sangrado digestivo alto, secundario a úlceras por estrés, corroborado esto por endoscopia, por lo que recibió tratamiento con omeprazol endovenoso. Finalmente, fue dado de alta en el día postoperatorio No. 15.

## Discusión:

La mayoría de las publicaciones sobre hernia diafragmática postraumática y sus complicaciones, muestran la poca frecuencia de este tipo de patología, por lo tanto, el diagnóstico puede pasar desapercibido cuando no hay sospecha clínica<sup>1</sup>. Los estudios radiológicos constituyen un buen método de ayuda diagnóstica<sup>2,3</sup>. El cirujano debe tener en mente que pueden existir 2 tipos de pacientes. El primero, aquel que consulta con un cuadro agudo, donde la isquemia y eventual perforación de los órganos prolapsados hacen que el tratamiento sea inmediato, y aquel que presenta síntomas crónicos inespecíficos por meses o años, y que permiten ser tratados en forma electiva, pero de manera rápida. También debe tenerse en cuenta en el tratamiento del paciente crónico, el tipo de abordaje quirúrgico por realizar, donde se prefiere la vía torácica, debido a las probables adherencias existentes, a diferencia del caso agudo, donde la vía abdominal es la más recomendada para tratar probables lesiones de los órganos intraabdominales<sup>5</sup>. El manejo de la estrangulación gástrica no está exento de morbilidad; por lo tanto, en algunos casos debe considerarse la posibi-

lidad de que la gastrectomía sea total o parcial, según los hallazgos transoperatorios. En conclusión, para realizar el diagnóstico de hernia diafragmática postraumática, debe tenerse alto índice de sospecha, según el mecanismo de trauma.

## Abstract:

Diaphragmatic rupture occurs in 5% of severe thoracoabdominal trauma and the herniation of abdominal visceral to the thorax happens in 45 to 60% of the cases. The stomach is the organ more frequently herniated<sup>2</sup>. Complete intrathoracic gastric volvulus is uncommon in traumatic diaphragmatic hernia, in which the stomach undergoes organoaxial torsion predisposing to strangulation and necrosis. It may appear as a surgical emergency, though chronic patients with non specific symptoms can be treated electively<sup>5</sup>.

Traumatic diaphragmatic herniae are a diagnostic challenge to the surgeon. They are usually caused by blunt abdominal trauma, and less often by blunt thoracic trauma. They are located on the left side in 90% of all cases, probably secondary to the "buffer" effect of the liver on the right side. A rupture of the diaphragm is not diagnosed during the acute posttraumatic period in up to 40% of the cases, because it can remain asymptomatic or it may give nonspecific symptoms, that can appear hours or days after trauma. If the rupture stays unrecognized, a latency period ranging from hours to many years occurs until a significant thoracic prolapse of abdominal organs develops, causing a variety of symptoms. Once diagnosed a traumatic diaphragmatic hernia is an absolute and urgent indications for surgical therapy<sup>1,6</sup>.

We present the case of a 24 year old male with the history of toracoabdominal trauma, who had an intrathoracic gastric volvulus. He was handle surgically and did fine.

## Referencias:

- Asensio J, Demetriades D, Rodríguez A. Lesiones de diafragma en trauma 4a Ed. México: MacGraw-Hill, 2001; 645-74
- Hüttl T, Lang R, Meyer G. Long-term results after laparoscopic repair of traumatic diaphragmatic hernias. *J Trauma* 2002; 52: 562-566.
- Katkhoua N, Mavor E, Achanta K, Friedlander M, Grant S, Essani R, et al. Laparoscopic repair of chronic intrathoracic gastric volvulus. *Surgery* 2000; 128: 784-790.
- Krähenbühl L, Schäfer M, Farhadi J, Renzulli P, Seiler C, Büchler M. Laparoscopic treatment of large paraesophageal hernia UIT totally intrathoracic stomach. *J Am Coll Surg* 1998; 187: 231-237.
- Ratliff R, Ayes F. Hernia diafragmática traumática crónica y sus complicaciones. Presentación de 6 casos. *Rev. Univ Nac Aut Hon* 2000; 55: 140-145.
- Sánchez R, Ortiz J, Vega G. Estrangulación gástrica secundaria a hernia diafragmática traumática. Presentación de un caso. *Rev. Méd Hosp Gen Méx* 2001; 64: 162-166.